

Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise

Social Inequalities in Health and Corporal Practices: a singular analysis exercise

Marcos Bagrichevsky

Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Educação Física (UFES).

Endereço: Avenida Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, CEP 29075-910, Vitória, ES, Brasil.

E-mail: marcos_bagrichevsky@yahoo.com.br

Vitor Jorge dos Santos Júnior

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação Física (UFES)

Endereço: Avenida Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, CEP 29075-910, Vitória, ES, Brasil.

E-mail: gttsaude_salus@yahoo.com.br

Adriana Estevão

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Educação Física (UFES)

Endereço: Avenida Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, CEP 29075-910, Vitória, ES, Brasil.

E-mail: adri_estevao@yahoo.com.br

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 91/1202, CEP 22240-000, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: bioeticaunirio@yahoo.com.br

Resumo

Ao reconhecer a relevância dos estudos sobre as desigualdades sociais em saúde, o presente trabalho propõe uma análise que articula essa temática à questão das práticas corporais e sua institucionalização no campo público. Inicia resgatando as perspectivas ético-políticas legitimadoras do ideário da Atenção Primária à saúde e da Promoção da saúde e alguns elementos pontuais do vasto debate teórico sobre as desigualdades e iniquidades sociais em saúde. A partir desses pressupostos problematiza o modo como as práticas corporais têm sido “posicionadas” no universo da Atenção Primária no Brasil, uma vez que sua implementação vem ocorrendo de forma medicalizadora e fragmentada. Para tanto, debruça-se sobre o exame contextual de duas iniciativas públicas existentes no Espírito Santo (ES) que fomentam práticas corporais/atividades físicas. O empreendimento analítico foi subsidiado pelo cotejamento de informações relativas às condições de vida em alguns bairros da cidade de Vitória e às características de tais programas. Finaliza apontando algumas reflexões, com base no quadro empírico-conceitual produzido.

Palavras-chave: Desigualdades sociais; Iniquidades em saúde; Práticas corporais; Atividade física.

Abstract

By recognizing the relevance of studies about social inequalities in health, the paper proposes an analysis that puts this theme in relation to the question of bodily practices (and its institutionalization in the public sphere). It begins by recovering ethical-political perspectives that legitimize the ideas of primary health care and health promotion, and some specific elements of the large theoretical debate on social inequalities and inequities in health. On this basis, the way in which bodily practices have been “positioned” in the universe of Brazilian primary care is discussed, since their implementation occurs in a medicalized, fragmented manner. The paper analyses the context of two existing public initiatives in the state of Espírito Santo (ES) that promote bodily practices/physical activities through the comparison of data related to the living conditions in some neighbourhoods of the city of Vitoria and the characteristics of the above-mentioned programs. At the end some considerations are presented based on the empirical-conceptual framework produced.

Keywords: Social Inequalities; Inequities in Health; Bodily Practices; Physical Activity.

Introdução

A Declaração de Alma-Ata (PAHO, 1978), documento oficial publicado a partir da I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde, realizada no Kazaquistão, demarcou um importante movimento político que reconhecia não haver modo de recuperar, proteger ou promover a saúde dos povos sem combater a pobreza e a “chocante e inaceitável desigualdade” secular existente entre as nações desenvolvidas e as do terceiro mundo. Além disso, enfatizou que, para serem enfrentadas com alguma perspectiva de resolutividade, as questões do setor saúde passam primeiro pelo comprometimento do Estado no enfrentamento dos problemas socioeconômicos, políticos, educacionais, geradores desses abismos de desigualdade.

Desde então, apesar do rastro deixado por esse discurso impactante, o panorama que vem se configurando é pouco alentador, considerando o recuo das políticas de bem-estar social (*Welfare State*) mesmo em países do capitalismo avançado e o expoente crescimento da globalização econômica neoliberal, produtora de efeitos devastadores na dinâmica processual da saúde e do adoecimento das populações historicamente marginalizadas (Merhy, 1986; Hall e Taylor, 2003; Nogueira, 2010).

Por outro lado, ainda que estejamos mergulhados nesse cenário paradoxal, não se pode deixar de reconhecer a existência de esforços políticos enviados no Brasil ao longo das últimas quatro décadas, decorrentes de lutas empreendidas por grupos pertencentes a estratos sociais menos favorecidos e por sanitaristas e intelectuais do campo da saúde (Campos e col., 2009).

Destacam-se nessa trajetória a criação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS) - público e de acesso universal - e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (hoje, renomeado Estratégia Saúde da Família - ESF), bem como a Política Nacional de Humanização das Práticas de Saúde, em 2004, e de Atenção Básica à Saúde, 2006.

São legados de um Movimento fortemente semeado nos anos 70 e 80 do século passado, conhecido como a Reforma Sanitária Brasileira. Foi no seio desse esforço coletivo, cujos ecos ressoaram inclusive pela América Latina, que se consolidou o significado ético-político de promover a saúde

da população: um conjunto de ações que deveriam ser articuladas, concomitantes, intersetoriais, instituídas aprioristicamente para o enfrentamento de desigualdades sociais e para produção da equidade em saúde (Traverso-Yepez, 2004; Freitas e Porto, 2011).

Mais do que mencionar programas e iniciativas específicas no/do setor, busca-se sublinhar o ideário subjacente à mudança paradigmática no contexto brasileiro, sobretudo porque seus postulados têm mobilizado (e conduzido a) relevantes maneiras de realizar o cuidado em saúde. Essas repercussões se materializam a partir de uma mirada diferenciada sobre a saúde, concebida como fenômeno multiterminado, simultaneamente biológico e cultural; simbólico e objetivo; coletivo e individual.

Tanto na esfera macroestrutural (gestão estatal de investimentos econômicos e sociais correlatos ao setor saúde) quanto no microcotidiano dos serviços públicos (Campos, 1999) e na própria formação dos profissionais da saúde (Brasil, 2007), essa perspectiva redirecionou os modelos de atenção à saúde no país, estabelecendo critérios para determinação de ações políticas – em diferentes níveis programáticos –, voltada, primeiro, aos grupos populacionais mais precarizados.

É com base nesses pressupostos introdutórios que se desenvolve, ao longo do texto, a problematização do tema das práticas corporais/atividades físicas¹, questão emergente nas esferas da gestão pública em saúde no Brasil. Principalmente devido ao modo como tais práticas têm sido “posicionadas” no universo da Atenção Primária, já que sua implementação vem ocorrendo de forma medicalizadora, fragmentada (Ferreira, 2008; Fernandes e Siqueira, 2010), apartada do debate sobre a priorização das desigualdades sociais como critério balizador na oferta de serviços de saúde (Barata, 2009; Nogueira, 2010).

Para levar a cabo tal tarefa, propõe-se articular aspectos teórico-metodológicos acerca das desigualdades/iniquidades sociais em saúde e dos princí-

pios norteadores a Reforma Sanitária Brasileira, que vêm (re)organizando as diretrizes políticas de saúde no país, ao exame contextual de duas iniciativas públicas no Espírito Santo (ES) que fomentam práticas corporais/atividades físicas. O empreendimento analítico também se vale do cotejamento de informações relativas às condições de vida nos bairros da cidade de Vitória e às características de tais programas, na capital capixaba. Ao final, sistematizam-se algumas sínteses críticas, a partir do quadro empírico-conceitual obtido.

Desigualdades sociais e iniquidades em saúde: ponto de partida conceitual

Quando se deseja conhecer as condições de saúde de uma população é fundamental investigar aspectos educacionais, nutricionais, econômicos, ambientais, laborais etc., no interior do contexto social no qual a vida se amolda e transcorre (Minayo e col., 2008). Mais do que uma terminologia, **condições de saúde** constitui uma noção estruturante do campo da Saúde Coletiva, usada para pautar elementos indispensáveis que permitem a um grupo de pessoas viver com dignidade.

Ainda há um número insuficiente de trabalhos a produzir reflexões consistentes acerca dos agravos à saúde humana em sua complexa (e às vezes camuflada) interdependência com processos e efeitos decorrentes da globalização neoliberal (Raphael, 2011). De fato, tal fenômeno nos impõe cada vez mais riscos desnecessários (com os quais temos passado a conviver) devido à negação de oportunidades e de condições básicas para o desenvolvimento humano – terreno ‘fértil’ onde proliferam pobreza, violências estruturais e simbólicas (Nogueira, 2010; De Maio, 2012).

Em países como o Brasil, o crescimento da economia é marcado por disparidades segregadoras. Coexistem situações polares de abundância e miséria, mais recorrentes nos grandes centros urbanos,

¹ Apesar de as expressões “práticas corporais” e “atividades físicas” não serem exatamente sinônimas e carregarem consigo dimensões semânticas distintas, assim como, orientações conceituais socio-políticas igualmente diferenciadas (sobretudo, no tensionamento fronteiriço do debate e da produção científica contemporânea acerca da saúde, na educação física), assumiremos provisoriamente neste texto – apenas para facilitar a compreensão do leitor – a correspondência entre elas sem discutir, no momento, as questões nevrálgicas mencionadas (as quais, por sua vez, merecem um debate à parte).

mas não somente neles. Essa dinâmica determina a existência tanto de desigualdades absolutas quanto relativas. São chamadas desigualdades relativas, aquelas não apenas ligadas à significativa distinção de renda entre pessoas e grupos, mas também associadas às demais condições de vida (Waitzman e Smith, 1998).

O escopo apropriado ao exame das desigualdades sociais dirige-se às situações que implicam algum grau de injustiça, porque colocam determinados coletivos populacionais em desvantagem quanto à chance de serem e de se manterem sadios (Barata, 2009). Essa problemática decorre dos modos de organização/produção societária e tende a refletir os níveis de segregação existentes, configurando-se, portanto, como **iniquidade** (Kindig, 2007).

Contudo, no campo da formulação de políticas, o desígnio semântico para o termo “desigualdade” nem sempre corresponde a algo danoso, prejudicial. Foi a partir desse descompasso interpretativo/factual que o **conceito de iniquidade** ganhou forma, consolidando-se como inequívoco representante de qualquer “desigualdade injusta” a ser permanentemente evitada, combatida, contornada (Kindig, 2007).

A redução das iniquidades constitui requisito primário para uma política pública tornar-se social; porém, nem toda ação governamental possui essa virtude. Apenas o fato de vincular-se a setores como saúde, educação, previdência ou habitação não torna uma política merecedora de tal predicativo.

Já existe consenso na literatura e nos serviços concernente à importância de se dimensionar iniquidades, devido às respectivas interferências destas nos desfechos em saúde. Há várias formas de esboçar suas materialidades e para cada uma delas têm sido empregados distintos recursos instrumentais na obtenção de um mapa de ocorrências, em dado território. A partir desse mapeamento sempre ganham proeminência certos elementos que, ao serem analisados com o devido rigor, oportunizam adensamento ao debate sobre as iniquidades sociossanitárias, substrato essencial à tomada de decisão na esfera política (Aiach e Baumann, 2011).

De maneira similar aos argumentos anteriores, o **princípio da equidade** evoca o reconhecimento de que os sujeitos se distinguem em função de seus

contextos de vida díspares, necessitando, por isso, de aporte diferenciado do Estado, de modo a erradicar/reduzir inaceitáveis desigualdades existentes. Às pessoas em situação socioeconômica desfavorável deverá ser destinada, de forma ininterrupta, maior parcela de recursos e investimentos públicos em estrutura e serviços, enquanto persistirem tais desvantagens em relação aos mais ricos (Kindig, 2007; Nogueira, 2010).

Segundo Escorel (2001), a **equidade em saúde** tem sido abordada a partir de duas dimensões essenciais e complementares:

- em relação às condições de saúde-doença populacional - observam-se a distribuição dos riscos de adoecer e morrer; as proporções assimétricas dos vários perfis de doença entre as camadas sociais; as variações biológicas existentes (sexo, idade); e as variações que decorrem de escolhas pessoais (vinculadas aos preceitos da dita ‘vida saudável’);
- em relação ao acesso e uso dos serviços de saúde - verificam-se as possibilidades de utilização dos serviços (considerando seus três níveis de atuação: Atenção básica, média e alta complexidade) por pessoas com demandas de saúde semelhantes (**equidade horizontal**) e por pessoas com demandas de saúde distintas, as quais se materializam por estarem submetidas à lógica de uma vida iníqua (**equidade vertical**).

As condições processuais para viabilizar a equidade na oferta de serviços de saúde só se efetivam quando a premissa da universalidade (um dos princípios orientadores do SUS) abandona o plano abstrato e torna o acesso e a utilização dos serviços indispensáveis às necessidades humanas básicas, um fato concreto para todos os sujeitos (Barata, 2009). Entretanto, a universalidade representa apenas um entre os vários pré-requisitos para se tentar aplacar as iniquidades em saúde.

Cabe comentar, ainda, que a análise das condições de vida das populações humanas surgiu na pauta da Organização Mundial de Saúde no início da década de 1950. Na época a entidade sugeriu uma abordagem multidimensional para aferi-las. Deveriam ser medidas que representassem a natalidade, a mortalidade, a morbidade, o estado nutricional, o nível educacional, a capacidade de consumo, as

condições de trabalho, habitação, transporte, vestuário, recreação, segurança e liberdade pessoal. E, ao serem reunidas numa expressão conjunta, precisariam constituir um referencial capaz de traduzir as condições gerais de existência das coletividades (Vermelho e col., 2009; De Maio, 2012).

Nesse campo destacam-se também os indicadores de saúde, medidas que operam com a frequência e a distribuição epidemiológica de doenças e agravos em determinada população. Tais indicadores têm sido de valia à gestão setorial dos serviços públicos para identificar os principais problemas socio sanitários de cada localidade/região e elaborar políticas focais de prevenção e assistência, bem como avaliar o alcance e a efetividade dessas mesmas políticas.

Utilização de “medidas” no contexto das iniquidades em saúde

Embora interpretados invariavelmente como sinônimos, “indicador” e “índice” referem-se a tipos distintos de medidas no contexto sanitário. O primeiro mede apenas um aspecto relativo ao que se deseja examinar; o segundo, por sua vez, sintetiza em uma única expressão numérica várias dimensões do atributo de interesse (Vermelho e col., 2009).

Bastante aplicado e conhecido em análises socioeconômicas, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) se estrutura a partir de três critérios: indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula escolar), de longevidade (esperança de vida ao nascer) e de renda (Produto Interno Bruto - PIB - *per capita*). A escala numérica do IDH varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (pleno desenvolvimento humano). Ele vem sendo empregado mundialmente na comparação entre países, mas também serve para análises pareadas entre unidades federativas de uma mesma nação, assim como entre as cidades de um estado (Silva e col., 2006; De Maio, 2012).

Algumas capitais, como Rio de Janeiro, Recife, Salvador, São Paulo e Porto Alegre, desenvolveram e fazem uso do IDH_{Bairros} para “mensurar” iniquidades nos bairros que compõem seus respectivos territórios citadinos. Outros municípios brasileiros também instituíram medidores próprios com o intuito de torná-los úteis na avaliação dos níveis de saúde de

seus habitantes. Mesmo possuindo características peculiares, quase sempre há algo de similar entre esses instrumentos.

Os resultados do estudo de Próspero e colaboradores (2005) confirmam a relevância de tais informações. As investigações sobre os riscos potenciais à saúde de famílias da cidade de Itajaí (SC), para tentar aquilatar o grau de exclusão social destas, revelaram que a presença crescente das seguintes variáveis esteve inversamente associada à diminuição da magnitude de alguns indicadores de saúde no município: números de cômodos por residência; existência de linha telefônica fixa; presença de ruas pavimentadas; existência de água encanada que chega e abastece as moradias; presença de iluminação pública nas ruas; existência de máquina de lavar roupas nas casas; maior nível de escolaridade dos membros das famílias e de renda familiar.

Apesar de Vitória ser a capital do Espírito Santo (ES) com indicadores macroeconômicos destacados no cenário nacional, pronunciam-se acentuadas assimetrias sociais na região da “Grande Vitória” quando o município é confrontado com as cidades do seu entorno. Essa contradição perdura faz algum tempo; até hoje não se concretizaram esforços públicos voltados à construção de um “IDH_{Bairros} capixaba” para identificar as iniquidades intramunicipais que modelam a geografia de Vitória. Isso, inclusive, viabilizaria uma oportunidade para se efetuar análises comparativas entre a cidade e outras capitais brasileiras que utilizam o referido índice.

Por outro lado, instituiu-se no município, desde 1991, um instrumento semelhante ao IDH_{Bairros}, chamado de **Índice de Qualidade Urbana - IQU [por bairros]**, que encampa aspectos como renda, escolaridade, ambiente e habitação. À primeira vista, o IQU oferece um mapa interessante para auxiliar na definição e execução das políticas públicas, em diversos setores (Prefeitura de Vitória, 2000).

Até a presente data foram publicadas duas versões do IQU (1991 e 2000), pela Secretaria Municipal de Gestão Estratégica da Prefeitura de Vitória (disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regio-nais/indicadores/iq/iq.asp>). O IQU foi construído pelo Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais (PÓLIS), a partir das informações provenientes de levantamentos censitários do Ins-

título Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Caracteriza-se por ser um índice quantitativo (escala métrica de 0 a 1 - com classificações similares às do IDH), descritivo, resultado da composição de 11 indicadores simples, alocados em quatro dimensões.

- Dimensão Educacional que aponta o nível de escolaridade e inclui: percentagem (%) de analfabetos maiores de 15 anos; percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com menos de quatro anos de estudo; e percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com 15 anos ou mais de estudo.

- Dimensão Renda, que indica concentração e desigualdade de rendimentos: rendimento médio dos responsáveis pelo domicílio em salários mínimos; percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com renda até dois salários mínimos; e percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com rendimento superior a dez salários mínimos.

- Dimensão Ambiental, que reflete a infraestrutura de serviços urbanos: percentagem (%) dos domicílios com serviço de abastecimento de água adequado - ligados à rede geral; percentagem (%) dos domicílios com serviço de esgoto apropriado - ligados à rede geral ou pluvial; e percentagem (%) dos domicílios atendidos por uma coleta adequada de lixo - executada por serviço público de limpeza ou alocado em caçambas afins ao serviço de limpeza.

- Dimensão Habitacional que mensura o nível de conforto dos indivíduos: número médio de pessoas por domicílio; e número médio de banheiros por domicílio.

Além desses indicadores, a segurança pública aparece como outro quesito que vem assumindo destaque na avaliação das condições de vida e de saúde populacionais. Em vista de tal preocupação, Proietti e colaboradores (2008) destacam a importância da percepção que as pessoas têm acerca da liberdade de ir e vir em seu local de moradia e/ou trabalho, aspecto intimamente ligado à violência urbana contemporânea. Os autores entendem que a ocorrência de eventos dessa ordem associados à saúde resulta da interação entre três elementos: atributos individuais; atributos do grupo social no qual os sujeitos estão inseridos; e o entorno físico/territorial, que chamam de “unidade de contexto”.

A depender dos indicadores de violência registra-

dos, cada bairro e sua vizinhança podem ser vistos como um coletivo amistoso, compondo uma rede local de suporte; ou como representação de medo e ameaça pessoal. Em outras palavras, a área de moradia/trabalho seria interpretada como espaço de frequência desejável e salutar ou como território a se evitar (Proietti e col., 2008).

Situar a problemática da (in)segurança pública no território/ambiente no qual os sujeitos vivem e/ou trabalham, considerando a relevância dessa abordagem como elemento constitutivo do leque de variáveis intercessoras no processo saúde-doença de distintos grupos sociais, tornou-se necessário para fundamentar a escolha do **Número de Homicídios nos bairros por ano-H** (Prefeitura de Vitória, 2010) como outro parâmetro adicionado à análise do presente estudo. Justamente porque acontecimentos ligados à violência urbana podem provocar nas pessoas pertencentes a um entorno locorregional, menor interesse delas em utilizar os espaços públicos, por exemplo, para realizar práticas corporais/atividades físicas (sejam institucionalmente organizadas ou de iniciativa espontânea dos próprios sujeitos), na medida em que se sentirem ameaçadas ao frequentá-los.

A argumentação desenvolvida até aqui, ao perfilar alguns elementos centrais à questão das iniquidades sociais em saúde, ainda que sumariamente dispostos (levando-se em conta a vasta literatura existente sobre o tema), edifica uma base conceitual a partir da qual são examinadas, no tópico seguinte, duas iniciativas públicas que fomentam práticas corporais/atividades físicas, bem como o contexto em que foram instituídas e operam.

Práticas corporais/atividades físicas: dois exemplos da iniciativa pública no território capixaba

Primeiro exemplo: Instrução Normativa nº 36 da Polícia Federal

Em 2010 foi homologada oficialmente, no Diário Oficial da União, a diretriz da Polícia Federal que institucionalizou um horário disponível para a prática de atividades físicas dos seus servidores. Trata-se de um fato inédito no serviço público brasileiro de

natureza civil, que atingiu cerca de 15 mil pessoas. Por meio de uma lei federal específica, a prática de atividade física passou a ser considerada um “ato de serviço” (Brasil, 2010).

O discurso governamental justificou a publicação da Instrução Normativa nº 36, advogando, dentre outras prerrogativas, a necessidade de se manter um bom estado de saúde dos policiais federais para melhor prestação do serviço público que lhes cabe. Sua operacionalização propõe redução de uma hora nas tarefas cotidianas, a fim de que esse período se destine à prática de atividades físicas (orientadas ou não) dos servidores. Todavia, a mesma é computada como jornada de trabalho (diário) tendo, portanto, cunho obrigatório.

Desde a vigência da referida norma, considerando que a maioria das unidades da Polícia Federal do território brasileiro não possui instalações apropriadas para tal prática, nem convênios para minimizar o problema, lhes têm sido facultado escolher o local mais cômodo para realizá-la.

Como não há indícios de que essa estrutura física se viabilizará em curto ou médio prazo, paira uma dúvida sobre a real motivação que fez nascer a Instrução Normativa nº 36: haveria, de fato, preocupação primordial com a saúde dos policiais ou se trataria de uma medida administrativa originada pelos efeitos da avassaladora influência ideológica do *healthism*, da corporatria e dos estilos de vida saudáveis (Nogueira, 2001; Castiel e Alvarez-Dardet, 2007; Jallinoja e col., 2010; Petersen e col., 2010), cujos discursos se endereçam hoje a toda sociedade?

Alguns servidores da Polícia Federal do Espírito Santo relataram que não se sentem motivados a cumprir a referida atividade normativa. Uns por considerarem a obrigatoriedade uma regressão democrática e outros por não disporem de meios e/ou recursos financeiros para realizá-la fora do trabalho.

Policiais com melhor poder aquisitivo disseram cumprir suas atividades físicas em academias e clubes privativos, ao passo que outros, com menor salário, admitiram realizá-las apenas ao ar livre, em lugares públicos (mesmo que esses não fossem específicos para tal finalidade). No caso daqueles que moram em bairros privilegiados da cidade de Vitória (**Quadro 1**), com ótima infraestrutura urbana e dotados de parques, várias praças e calçada na

orla marítima (caso de Jardim Camburi ou Mata da Praia, por exemplo), há nítida vantagem em relação aos colegas que residem em localidades desprovidas de tais recursos e facilidades.

A implantação da Instrução Normativa nº 36 pode sugerir estar a Polícia Federal um passo à frente das demais instituições públicas de segurança do país no que tange à política institucional voltada aos cuidados dos servidores. Todavia, a norma em questão possui caráter ambivalente, pois ao mesmo tempo em que emerge escudada numa retórica dirigida à saúde dos policiais, se impõe aos mesmos como dever, obrigação contabilizável.

Para Silva e colaboradores (2006) empresas de vários setores, sob a ótica do capitalismo, já vêm implantando “medidas de prevenção” similares, sustentadas a partir de discursos em prol da saúde do trabalhador. Incluem-se aí programas de atividades físico-recreativas, como os de ginástica laboral. Em princípio ações que aparentam proteger a saúde dos empregados, mas que, segundo os autores, têm como meta final tornar os sujeitos mais produtivos e reduzir os custos do absenteísmo.

A prática de atividades físicas estabelecida como norma legal na Polícia Federal remete ainda a outro questionamento referente à (des)igualdade de tratamento por parte da administração pública, responsável pelas instituições de segurança no Brasil: se está reconhecida a importância dessa prática para a saúde dos policiais federais, por que não foram implantadas iniciativas similares nas polícias estaduais de todo país? O sentido indagativo se assevera, sobretudo, pelo fato dessas corporações desenvolverem atividades laborais congêneres em situação de maior exposição diária aos riscos da profissão, uma vez que possuem menor suporte técnico para realizar suas operações de campo, e remuneração bem inferior em relação aos servidores federais.

Em um estudo sobre os policiais civis do Rio de Janeiro, Minayo e Souza (2003, p. 232) apontaram que “[...] A prática de atividade física regular é realizada por apenas 35,9% do total deles – dado preocupante, pois mostra que a maioria dos policiais não se prepara fisicamente [...]”. Situação semelhante ocorre na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro: dois em cada três policiais que atuam dentro e fora dos batalhões da PMRJ encontram-se acima do peso

corpóreo considerado adequado, estando potencialmente mais propensos a desenvolver hipertensão arterial e outros problemas cardiovasculares (Minayo e col., 2008).

Apesar do foco de observação de nossa investigação ter recaído sobre a Superintendência da Polícia Federal no Espírito Santo, a legislação que rege a prática da atividade física na instituição se estende a todo território nacional. Nesse sentido, talvez existam diferenças de interpretação em outras unidades da Polícia Federal quanto às questões aqui levantadas.

Segundo exemplo: Serviço de Orientação ao Exercício (SOE)

Trata-se de um serviço público vinculado à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Vitória que oferta à população de certos bairros da capital capixaba (ao todo, 79 bairros), algumas modalidades de práticas corporais/atividades físicas, orientadas por profissionais e/ou estagiários de educação física em espaços físicos construídos para esse fim – ‘módulos permanentes’ instalados em parques, praças e outras localidades públicas (Prefeitura de Vitória, 2011).

O SOE teve sua primeira unidade (ou módulo) inaugurada no Jardim Camburi (IQU=0,73) em 1990. Atualmente existem 14 unidades permanentes do serviço em funcionamento, nas quais são oferecidas aulas de alongamento, yoga, hidroginástica, ginástica localizada e voleibol *master* (para pessoas com mais de 40 anos), além de caminhada e dança.

Interessante notar que o SOE, um serviço municipal de saúde, gratuito, tenha se constituído pouco antes da existência do próprio SUS. Ainda do ponto de vista cronológico, quando comparado ao surgimento do PSF/ESF, em 1994, e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008 (Brasil, 2008), lhe é atribuível até um *status* de vanguarda no setor, em termos de iniciativa pública.

Entretanto, apesar da ‘precocidade’ temporal do SOE no setor sanitário, há, desde o início de sua existência, um descompasso político-conceitual que perdura até hoje: diz respeito aos critérios usados para implantação/expansão progressiva do serviço e que sustentam a atual distribuição geográfica de seus módulos permanentes pela capital. Tais

critérios são divergentes daqueles adotados historicamente pela política nacional de saúde (ainda vigentes), que determinam prioridade na ordem de implantação/expansão das ações programáticas do SUS – PACS, PSF/ESF, NASF etc. – sempre a partir dos territórios com os piores níveis de desenvolvimento socioeconômico e sanitário (Campos e col., 2009).

Dito de outra maneira, o planejamento e as decisões institucionais acerca de ‘por onde’ começar a oferta do SOE e ampliar sua rede não privilegia(r) am majoritariamente as localidades e populações de Vitória com as condições mais precárias para se viver. Exemplo disso é o Jardim Camburi, bairro notabilizado pelo extenso calçadão em sua orla marítima e ótimas condições infraestruturais, escolhido como o primeiro contemplado com uma unidade permanente do SOE, proporcionando o serviço principalmente à população ali residente e de seu entorno.

Providencial mencionar que o mapeamento das condições de vida e de saúde dos territórios é função cotidiana atribuída às Equipes de Saúde da Família. Esse diagnóstico situacional se atualiza constantemente por meio de relatórios mensais (conhecidos também como “relatórios consolidados”), emitidos à rede de serviços de cada município. Tais instrumentos estiveram e continuam ao alcance da gestão governamental para tomada de decisões político-administrativas, inclusive na cidade capixaba. Além disso, existem também as informações provenientes dos grandes censos periódicos do IBGE (o mais recente foi realizado em 2010), a partir das quais, inclusive, se produziu e disponibilizou o primeiro IQU de Vitória, no ano de 1991.

A partir das informações do IQU publicado em 2000, e do **número total de homicídios** nos bairros, registrado em 2010 – todas sumarizadas no **Quadro 1** –, foram formulados apontamentos sobre a relação entre aspectos pertinentes às condições de vida em alguns territórios de Vitória e o funcionamento dos módulos permanentes de SOE, suas características, sua distribuição citadina e as possíveis barreiras que dificultam o atendimento equânime da população pelo referido serviço.

A análise comparativa dos escores das variáveis do **Quadro 1** dá pistas sobre a existência de uma geografia social assimétrica no contorno de tais

espaços. Dentre os dez bairros com melhores valores de IQU, há três módulos permanentes do SOE instalados (de um total de 14 existentes). Ou seja, aproximadamente 30% do território mais bem organizado e com melhores condições para se viver em Vitória possuem unidades do serviço (**Quadro 1**). Por sua vez, em nenhum dos dez piores bairros (do 70º ao 79º) ranqueados a partir do IQU existe um módulo permanente do SOE (**Quadro 1**). Isso expressa um *status* de iniquidade.

O enfrentamento dessa situação iníqua (Escorel, 2001; Barata, 2009; Nogueira, 2010) é prioridade que orienta até o texto da Constituição Federal; à gestão pública cabe necessariamente empreender esforços concretos para revertê-la. Deve-se estabelecer, entre outras medidas, maior oportunidade às pessoas que residem em regiões menos “cobertas” pela ação das políticas sociais e que apresentam, em decorrência disso, quadros de morbimortalidade mais elevados; ou menores chances de fazer uso do espaço público para atender integralmente suas demandas de saúde.

Caso contrário, a perspectiva que se manterá perpetuada é a do predomínio de oportunização e de acesso aos bairros mais abastados, nos quais os cidadãos provavelmente se sentem mais seguros para usufruírem seu direito de ir e vir, inclusive para realizarem suas práticas corporais e cuidarem melhor de si próprios.

As 14 localidades que possuem atendimento e unidades permanentes do SOE situam-se entre o 2º e o 67º lugar no *ranking* do IQU. Quase metade dos módulos permanentes do SOE (6 deles) distribuem-se entre os 17 melhores bairros, posição bastante privilegiada considerando a totalidade dos 79 territórios do município. Em ordem crescente, são eles:

- 2º lugar: Mata da Praia (IQU = 0,83) – Módulo Pedra da Cebola;
- 6º lugar: Jardim da Penha (IQU = 0,79) – Módulo Camburi I;
- 9º lugar: Enseada do Suá (IQU = 0,75) – Módulo Praça dos Desejos;
- 11º lugar: Centro (IQU = 0,74) – Módulo Parque Moscoso;
- 13º lugar: Jardim Camburi (IQU = 0,73) – Módulo Camburi II;

- 17º lugar: Bairro de Lourdes (IQU = 0,69) – Módulo Bairro de Lourdes;
- 44º lugar: Forte São João (IQU = 0,55) – Módulo Beira Mar;
- 46º lugar: Maria Ortiz (IQU = 0,50) – Módulo Goia-beiras;
- 47º lugar: Mario Cypreste (IQU = 0,49) – Módulo Prainha de Santo Antonio;
- 60º lugar: São Pedro (IQU = 0,43) – Módulo São Pedro;
- 60º lugar: São Pedro (IQU = 0,43) – Módulo Academia Popular-São Pedro;
- 65º lugar: Santo André (IQU = 0,42) – Módulo Baía Noroeste;
- 67º lugar: Bairro da Penha (IQU = 0,41) – Módulo Horto de Maruípe;
- 67º lugar: Bairro da Penha (IQU = 0,41) – Módulo Academia Popular-Bairro da Penha.

Dentre as informações disponíveis no **Quadro 1** também é relevante indicar o número de homicídios, bem mais elevado no grupo dos dez bairros com piores valores de IQU, que se revela uma provável barreira à efetiva participação das pessoas lá residentes nas práticas corporais/atividades físicas ao ar livre (caminhada ou corrida, por exemplo). Principalmente porque já se sabe que o panorama de violência nas periferias urbanas do Brasil, via de regra, não costuma estar desacompanhado de um quadro local de pobreza, falta de saneamento, desemprego e morbimortalidade preocupante (Barata, 2009; Nogueira, 2010).

Os resultados de outros estudos ilustram como contextos difíceis e marginalizados, eivados de iniquidades, também produzem desfechos impactantes na saúde bucal (Moreira e col., 2011), na saúde materno-infantil (Freitas e Savi, 2011) e na saúde ambiental (Martuzzi e col., 2010). Essa realidade estigmatizante que “marca” determinados territórios dificulta muito, e por vezes até inviabiliza, o envolvimento com hábitos saudáveis (Mossakowski, 2008; Annear e col., 2009; Ghaddar e col., 2010) dos grupos populacionais que ali vivem.

Mesmo que pessoas residentes em localidades similares tenham conhecimento dos potenciais benefícios que as práticas corporais/atividades físicas orientadas podem proporcionar ao organis-

Quadro 1 - Descreve o ranking dos bairros do município de Vitória-ES (os 10 melhores e os 10 piores), segundo valores do Índice de Qualidade Urbana por bairro (IQU*), publicado em 2000, associado ao número total de homicídios nos bairros registrado em 2010 (H) e à presença/ausência de módulos permanentes do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) nesses territórios**

Ranking	Bairro	IQU*	H**	Módulo SOE	Ranking	Bairro	IQU*	H**	Módulo SOE
1	Santa Helena	0,84	0	Não há	70	Jesus de Nazareth	0,37	3	Não há
2	Mata da Praia	0,83	0	Existe	71	Resistência	0,37	7	Não há
3	Ilha do Frade	0,81	0	Não há	72	Gurigica	0,36	6	Não há
4	Praia do Canto	0,80	0	Não há	73	Nova Palestina	0,36	8	Não há
5	Ilha do Boi	0,80	0	Não há	74	Santos Reis	0,34	0	Não há
6	Jardim da Penha	0,79	1	Existe	75	Fonte Grande	0,34	0	Não há
7	Barro Vermelho	0,78	0	Não há	76	Piedade	0,30	1	Não há
8	Santa Lúcia	0,77	2	Não há	77	Ilha das Caieiras	0,29	1	Não há
9	Enseada do Suá	0,75	1	Existe	78	Conquista	0,22	2	Não há
10	Bento Ferreira	0,75	1	Não há	79	São Benedito	0,20	0	Não há

*Índice de Qualidade Urbana por bairros referente ao ano de 2000, calculado a partir dos dados do Censo do IBGE realizado em 2000 (disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iqumaior_menor.asp)

**O número de homicídios corresponde ao total de ocorrências desse tipo, registradas em cada bairro de Vitória, durante o ano de 2010. Nessa contagem de registros de homicídios foram excluídos outros incidentes letais, como óbito gerado por acidente de trânsito, latrocínio, lesão corporal seguida de morte, confronto com a polícia e suicídio. Para efeito de análise, a Secretaria de Segurança Pública de Vitória considerou "sede do homicídio" o local de ocorrência do fato violento e não o local do óbito.

mo, não seria razoável pensar o comportamento de resistência delas em se exercitar nos ambientes públicos dos bairros onde a violência é recorrente como um modo de proteger a própria vida desse tipo de mazela social?

Segundo Draibe (2003), a universalização do acesso aos serviços de saúde, apesar de importante, permanece insuficiente para reduzir as disparidades socio sanitárias entre regiões do país e no interior dos territórios citadinos - como no caso da capital capixaba. Se a iniciativa do poder governamental munícipe não destinar investimentos progressiva e proporcionalmente maiores nos "espaços urbanos desfavorecidos", a tendência de perpetuação histórica de iniquidades em saúde não se alterará.

Nesse sentido, vale a pena ressaltar o que postulam Akerman e Bousquat (1999):

Qualquer ação pública no sentido de enfrentar os problemas de sua região de forma eficaz não pode desconhecer essas diferenças, pois as áreas com maior probabilidade de seus habitantes sofrerem maiores danos ou segregação devem ter por parte de sua administração um cuidado diferenciado. A ação [...] deve [...] também ser abordada dentro de uma estratégia de redefinição sociocultural do

espaço urbano local. [...] Não basta apenas indicar áreas onde o problema é mais grave; o que importa é a busca de uma nova articulação entre os espaços distintos (Akerman e Bousquat, 1999, p. 113).

Esse enfrentamento também deve considerar a perspectiva de ampliação da oferta dos serviços públicos que proporcionam práticas corporais/atividades físicas a grupos socialmente desprivilegiados pelas políticas públicas, desde que precedida por uma substancial melhoria das condições infraestruturais urbanas e de outros serviços essenciais a uma existência digna destes.

Considerações finais

Distintas práticas corporais relacionadas ao cuidado em saúde têm sido mencionadas como alternativa integrada às políticas do setor no Brasil, nos últimos anos. Nesse cenário, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), espaços institucionais criados pelo Ministério da Saúde, constituíram-se como "portas de entrada" para implementação de tais práticas (Brasil, 2008).

Contudo, vale lembrar que os NASF, anunciados pelo governo federal como instâncias de cooperação

multidisciplinar cujas atividades organizam-se sob a batuta de diferentes profissionais, precisam se articular e ir ao encontro das demandas sanitárias diagnosticadas e enfrentadas cotidianamente pelas Equipes Matriciais de Saúde da Família (Cunha e Campos, 2011). A portaria dos NASF contemplou nove núcleos estratégicos – sendo apenas um deles destinado às práticas corporais/atividades físicas (Brasil, 2008).

Apesar de difundidos pelo Brasil afora desde uma retórica sobre o acesso universal às práticas corporais como um direito à saúde e à cidadania, várias críticas recaem sobre os argumentos doutrinários de iniciativas institucionais afins (no país e fora dele) e sobre seus modos de operar (Ferreira, 2008; Fernandes e Siqueira, 2010; Atencio, 2006; Jallinoja e col., 2010). Em parte porque vinculam-se mais à face legalista, à obrigação de cuidar da própria saúde e à medicalização do corpo e menos à emancipação coletiva, à promoção da equidade e à (discussão sobre a existência ou não de uma) liberdade factual para os sujeitos exercerem escolhas, levando-se em conta o panorama nacional de mazelas estruturais e as próprias aspirações e prioridades dos projetos de vida das pessoas.

Se por um lado é sensato reconhecer interessantes possibilidades de contribuição das práticas corporais no âmbito dos Cuidados Primários à Saúde – desde que certas pré-condições contextuais de vida existam para viabilizá-las –, de outro torna-se necessário avaliar com minúcias a sustentação discursiva de tais iniciativas, os vários usos e deslocamentos da produção desses saberes/poderes aí engendrados e circulantes (Lupton, 1993; Atencio, 2006).

Do ponto de vista ético, são preocupantes os argumentos e interesses subjacentes às propostas que incitam mudanças de comportamentos como eixo central de promoção da saúde, de modo cada vez mais apologético (Castiel, 2004; Jallinoja e col., 2010) e a despeito do cenário contemporâneo de crescentes injustiças sociais (Barata, 2009; Nogueira, 2010) sobre o qual se impõem.

Há fartura de argumentos a indicar que esse enfoque comportamentalista despolitiza e descon sidera o fecundo aporte teórico-metodológico acumulado no campo da Saúde Coletiva brasileira, além de desviar perigosamente nosso ‘olhar’ da complexa

problemática das iniquidades em saúde, majoritária no atual contexto (Traverso-Yepez, 2004; Rabello, 2010; Freitas e Porto, 2011).

Preocupações similares têm emergido quanto à escassez de estudos críticos a respeito das iniquidades sociais e sua intrincada (e por vezes velada) relação com a saúde (Próspero e col., 2005) e quanto ao número reduzido de pesquisas que investem para além do mapeamento quantitativo estratificado de fatores de risco à saúde (Silva e col., 2006; Holmberg e Parascandola, 2010), boa parte delas sustentada em inquéritos acerca de comportamentos individuais (Castiel e col., 2010).

Santos (2000), ao analisar as sociedades modernas, critica com vigor as visões de mundo centradas nessa postura individualizante – da qual também é signatária a ciência hegemônica –, afirmando que não há maneira de se produzir emancipação das coletividades seguindo tal orientação. O sociólogo português diz ainda que democracia sem justiça social é mera formalidade.

Para que as práticas corporais sejam consideradas, de fato, estratégias ligadas ao bem-estar da população, há antes dilemas por resolver: expropriar-lhes o sentido moral, que tem servido para culpar previamente as pessoas por sua eventual chance de adoecimento (Martin, 2001); refutar sua conotação de panacéia terapêutica, prescrita e justificada a partir de um rol exclusivo de benefícios orgânicos que, via de regra, desconsidera os contextos socioeconômicos e culturais para os quais vêm sendo direcionadas (Atencio, 2006; Ferreira, 2008; Fernandes e Siqueira, 2010). Sua ressignificação precisa extrapolar os limites da individualidade e impregnar-se de concepções mais densas, sensíveis à dimensão coletiva, política, subjetiva, que atravessam e demarcam (e muitas vezes, restringem) as potencialidades de nossa condição existencial.

É necessário, portanto, examinar e discutir as racionalidades norteadoras dos programas institucionalizados de práticas corporais adotados como ações promotoras de saúde, bem como os efeitos iatrogênicos dessa perspectiva (Nogueira, 2001; Castiel e Alvarez-Dardet, 2007; Jallinoja e col., 2010). Incorporar a ideia-conceito de promoção da saúde estritamente como sinônimo de envolvimento com práticas corporais/atividades físicas é problemático

diante da primazia de sua relação com propósitos sociais emancipatórios.

Assumir a promoção da saúde como ideário exige, antes de tudo, acatar pressupostos ético-políticos de sua legitimação histórica (Buchanan, 2000; Traverso-Yepe, 2004; Freitas e Porto, 2011), reconhecer a amálgama que entrelaça seu conjunto de postulados à questão das iniquidades sociais (PAHO, 1978).

Isso impõe repensar, de igual modo, a ancoragem da promoção da saúde em discursos científico-midiáticos sobre riscos epidemiológicos e as respectivas formas ‘comportamentais’ de prevenção a partir daí sugeridas, mesmo que essas retóricas encontrem-se estratégica e assimetricamente empregadas também pela agenda oficial (Lupton, 1993; Castiel e col., 2010; Gagnon e col., 2010). Sobre tudo, porque ainda não se logrou êxito na concretização dos princípios equânimes da promoção da saúde nos países periféricos do capitalismo; em grande parte, devido ao jogo de poder político-econômico dominante exercido pelas grandes corporações privadas e nações mandatárias do cenário mundial globalizado (Rabello, 2010).

Diante desse quadro, torna-se fundamental, então, relativizar o peso atribuído à ‘responsabilidade pessoal’ (Martin, 2001) nos microespaços cotidianos das práticas de (promoção da) saúde, mediante a constatação dos vagarosos avanços das macropolíticas governamentais, ainda insuficientes para reverter/refrear as preocupantes realidades iníquas que nos cercam de modo persistente.

Referências

- AIACH, P.; BAUMANN, M. An assessment of the geographical approach to health inequality. *Critical Public Health*, London, v. 21, n. 1, p. 63-69, 2011.
- AKERMAN, M.; BOUSQUAT, A. Mapas de risco de violência. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 112-120, 1999.
- ANNEAR, M. J.; CUSHMAN, G.; GIDLOW, B. Leisure time physical activity differences among older adults from diverse socioeconomic neighborhoods. *Health and Place*, Southampton, v. 15, n. 2, p. 482-490, 2009.
- ATENCIO, M. *The place and meaning of health and physical activity in the lives of young people from culturally diverse urban neighborhoods*. 2006. Thesis (PhD in Philosophy) - University of Wollongong, Australia, 2006.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Boletim de Serviço nº 155. *Instrução Normativa nº 36*. Brasília: Departamento de Polícia Federal, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-saúde*: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, 2008.
- BUCHANAN, D. R. *An ethic for health promotion: rethinking the sources of human well-being*. New York: Oxford University, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- CASTIEL, L. D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 615-622, 2004.
- CASTIEL, L. D.; ALVAREZ-DARDET, C. *A saúde persecutória*: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco*: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- DE MAIO, F. Advancing the income inequality: health hypothesis. *Critical Public Health*, London, v. 22, n. 1, p. 39-46, 2012.

- DRAIBE, S. Política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 89-101, 2003.
- ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2010.
- FERNANDES, W. R.; SIQUEIRA, V. H. F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 371-85, 2010.
- FERREIRA, M. S. *Agite antes de usar... a promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita São Paulo*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.
- FREITAS, J. D.; PORTO, M. F. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 179-200, 2011.
- FREITAS, P. F.; SAVI, E. P. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2009-2020, 2011.
- GAGNON, M.; JACOB, J. D.; HOLMES, D. Governing through (in)security: a critical analysis of a fear-based public health campaign. *Critical Public Health*, London, v. 20, n. 2, p. 245-256, 2010.
- GHADDAR, S. et al. Acculturation and healthy lifestyle habits among Hispanics in United States-Mexico border communities. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 28, n. 3, p. 190-197, 2010.
- JALLINOJA, P.; PAJARI, P.; ABSETZ, P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health*, London, v. 14, n. 2, p. 115-130, 2010.
- HALL, J. J.; TAYLOR, R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *The Medical Journal of Australia*, Sidney, v. 178, n. 1, p. 17-20, 2003.
- HOLMBERG, C.; PARASCANDOLA, M. Individualised risk estimation and the nature of prevention. *Health, Risk & Society*, London, v. 12, n. 5, p. 441-452, 2010.
- KINDIG, D. A. Understanding population health terminology. *The Milbank Quarterly*, New York, v. 85, n. 1, p. 139-161, 2007.
- LUPTON, D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, New York, v. 23, n. 3, p. 425-435, 1993.
- MARTIN, M. W. Responsibility for health and blaming victims. *Journal of Medical Humanities*, Denver, v. 22, n. 2, p. 95-114, 2001.
- MARTUZZI, M.; MITIS, F.; FORASTIERE, F. Inequalities, inequities, environmental injustice in waste management and health. *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 20, n. 1, p. 21-26, 2010.
- MERHY, E. E. *Alma Ata: qual é o jogo?* Campinas, 1986. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-19.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2008.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. *Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. *Missão: prevenir e proteger*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2041-2054, 2011.
- MOSSAKOWSKI, K. N. Is it duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking? *Social Science and Medicine*, New York, v. 67, n. 6, p. 947-955, 2008.
- NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. et al. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

- NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- PAHO - PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata*. Washington, 1978. Disponível em: http://www.paho.org/english/dd/pin/alma-ata_declaration.htm. Acesso em: 11 mar. 2009.
- PETERSEN, A et al. Healthy living and citizenship: an overview. *Critical Public Health*, London, v. 20, n. 4, p. 391-400, 2010.
- PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Gestão Estratégica. *Índice de qualidade urbana*. Vitória, 2000. Disponível em: <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iqu/iqu.asp>>. Acesso em: 12 mar. 2011.
- PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Segurança Urbana. Gerência de Pesquisa Estratégica e Monitoramento da Violência Urbana. *Homicídios em Vitória - 2010: diagnóstico*. Vitória, 2010.
- PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Exercício com orientação*. Vitória, 2011. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=comoeoservico>>. Acesso em: 12 mar. 2011.
- PROIETTI, F. A. et al. Unidade de contexto e observação social sistemática em saúde: conceitos e métodos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 469-482, 2008.
- PRÓSPERO, E. N. S. et al. Riscos potenciais de saúde: análise de exclusão e inclusão social das famílias de Itajaí/SC. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, p. 47-53, 2005. Edição especial.
- RABELLO, L. S. *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- RAPHAEL, D. A discourse analysis of the social determinants of health. *Critical Public Health*, London, v. 21, n. 2, p. 221-236, 2011.
- SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- SILVA, L. A. A. et al. Um olhar sócio-epidemiológico sobre o viver na sociedade atual e suas implicações para a saúde humana. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, p. 170-177, 2006. Edição especial.
- TRAVERSO-YEPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2004.
- VERMELHO, L. L.; COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R.A. *Epidemiologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p. 31-79.
- WAITZMAN, N. J.; SMITH, K. R. Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America. *The Milbank Quarterly*, New York, v. 76, n. 3, p. 341-373, 1998.

Recebido em: 22/12/2011

Reapresentado em: 28/10/2012

Aprovado em: 27/11/2012